

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA CULTURAL E HISTORIA DE
AMÉRICA Y DE ÁFRICA

PROGRAMA DE DOCTORADO. RECUPERACIÓN DE LA MEMORIA, AMÉRICA
LATINA. BIENIO 2004-2006

**“ASISTENCIA, SANIDAD Y POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE SAN
FRANCISCO DE CAMPECHE, 1812-1861”**

CARLOS RAMÓN ALCALÁ FERRÁEZ

TESIS DIRIGIDA POR:
DRA. PILAR GARCÍA JORDÁN

Barcelona, 2008

REFLEXIONES FINALES

Esta investigación tuvo como objetivo el análisis del funcionamiento de las instituciones de salud pública, las condiciones urbanas del puerto de Campeche y los efectos que tuvieron sobre la población. Para estudiar los aspectos centrales del trabajo se delimitaron algunos conceptos de salud, enfermedad, salud pública y asistencia, así como la descripción de algunos modelos interpretativos que han utilizado las ciencias sociales. En general, estas definiciones señalaron la relación del contexto social y político con el acontecer cotidiano de estas instituciones, así como la importancia del estudio de los hospitales para observar las transformaciones que experimentaron a través del tiempo. Por su parte, la historia de la sanidad ha relacionado la estructura socioeconómica, las autoridades, la población, la relación entre la enfermedad, la legislación, la actitud frente a las clases sociales e higiene pública en tiempo y espacio. En conjunto con estos planteamientos, la utilización de herramientas como la epidemiología, la demografía y la historia urbana fueron importantes para la realización de esta tesis.

A partir de estos planteamientos fue necesario la demostración, en primer lugar, de la inestabilidad política, las crisis económicas y las condiciones urbanas de la ciudad; en segundo lugar, las dificultades que enfrentaron las instituciones hospitalarias ante esta situación y en tercer lugar la vinculación entre las ideas vigentes sobre la causa de las enfermedades, así como la implementación de medidas preventivas para enfermedades epidémicas como la viruela y el cólera. Finalmente, con estos elementos se reconstruyó la población para el estudio de la mortalidad y su distribución por barrios.

De acuerdo a lo anterior, la inestabilidad política fue un factor determinante para las dificultades que presentaron las instituciones de salud pública en el puerto. A nivel nacional, el movimiento de independencia, las pugnas por los proyectos políticos, así como los conflictos internacionales se reflejaron en la falta de un proyecto de estado-nación. En la península de Yucatán, el patrón fue similar por enfrentamientos políticos que culminaron con cambios en la gubernatura del estado, conflictos entre Mérida y Campeche, así como enfrentamientos armados a nivel regional que generaron escasez de fondos porque éstos se destinaron para sostener esas campañas.

Para el análisis de las condiciones de vida del puerto de Campeche, observamos que éste se fundó según el modelo de las ciudades españolas, con una plaza central que regía las actividades políticas, religiosas y económicas; además, con la construcción del recinto amurallado, la diferenciación social se hizo más evidente, porque en intramuros se encontraban los principales edificios y sus habitantes se dedicaban, en su mayoría, a la administración pública y el comercio. Mientras tanto, los barrios extramuros contrastaron con la imagen de la Plaza, por su trazado irregular y la pobreza de sus moradores. También se describieron la composición étnica de la población, el rango social que tenían, la vestimenta, el tipo de vivienda, el suministro de agua, la alimentación, el costo de vida, oficios y actividades recreativas, rasgos que demostraron la vulnerabilidad de la población.

Retomando el binomio inestabilidad política- escasez de recursos, esta situación se reflejó en las funciones que tenía el Ayuntamiento local con respecto a la obra pública, como el retraso de la urbanización del cementerio, el fracaso de los proyectos con respecto a las mejoras del mercado principal y la edificación de la pescadería del muelle. Por otra parte, los esfuerzos para el manejo de aguas negras fueron insuficientes, a pesar de la construcción de puentes y zonas de desagüe en el barrio de Santa Ana y el mercado; igualmente, la dotación de carros para limpieza no fue suficiente para la prevención de enfermedades. Igualmente, la interacción de agentes infecciosos, la susceptibilidad de las personas según la edad, oficios y estrato social, así como las condiciones del medio ambiente crearon una serie de condiciones que incidieron en los problemas de salud pública.

Para establecer el funcionamiento de las instituciones hospitalarias fue necesario conocer el marco legal nacional y regional. Como he mencionado antes, el Ayuntamiento fue el principal organismo rector de estas actividades; sin embargo, la salud pública no fue considerada como asunto de interés en las proclamas de Apatzingán de 1814 y de Iguala en 1821, esto es, durante la guerra de independencia. Los primeros ejercicios de secularización de 1812 y 1820 determinaron una participación del Estado en asuntos de beneficencia a nivel municipal y a partir de 1856 el gobierno liberal consideró que los gobiernos estatales debían ser los principales responsables en este sector; posteriormente, en 1861 la asistencia hospitalaria pasó a formar parte de la competencia nacional, a través de la creación de la Dirección General de Fondos de la Beneficencia Pública.

Cabe señalar que en Yucatán, el Congreso local dispuso una serie de leyes y decretos con respecto a la sanidad, la medicina preventiva, la práctica asistencial, la elaboración de reglamentos para el manejo de hospitales, la liberación de recursos y la normatividad de la práctica médica. Por su parte, los Ayuntamientos se ocuparon de los aspectos que afectaban la salud pública, la administración hospitalaria, la inspección de boticas, la notificación a los jefes políticos y la convocatoria de las Juntas de Sanidad en casos de epidemia.

Los documentos señalaron con respecto al funcionamiento del hospital San Juan de Dios que las crisis por carencia de fondos fue una variable constante, el Cabildo no tenía recursos para mantener la institución y el establecimiento sobrevivió gracias a los impuestos que se aplicaron en diferentes rubros y las donaciones que se otorgaron. Las inspecciones reportaron las deficiencias que existían con respecto a la asistencia de los enfermos, la alimentación, el aseo y las instalaciones del edificio. Era necesaria la limpieza del sitio para evitar la respiración de “miasmas insalutíferas” porque la respiración de olores desagradables aumentaba las dolencias de los enfermos. Por otra parte, se suscitaron conflictos por la elección del administrador del hospital, diferencias entre el personal por los bajos sueldos que percibían y el control de la botica, que por determinados periodos permaneció cerrada.

El hospital de San Lázaro presentó algunas similitudes en relación con el San Juan de Dios por la falta de recursos económicos y las condiciones del edificio, pero también existieron particularidades como la disputa con el gobierno estatal por la cesión de fondos a favor de un hospital de la ciudad de Mérida y el pago de las deudas nacionales que le correspondían. Otro aspecto consistió en la función que tenía el organismo para el asilo de los enfermos de lepra, las implicaciones sociales de esta enfermedad, los criterios para el aislamiento y el tráfico de influencias para que los enfermos permanecieran en sus domicilios. Por último, se destacó la habilitación del inmueble para la Casa de Beneficencia y su función como mecanismo de control para los indigentes mediante el trabajo.

Después de la descripción del contexto histórico, el medio urbano y la función asistencial, las ideas que estructuraron el pensamiento médico sirvieron para enlazar la influencia que éstas tuvieron sobre la implementación de obras públicas y la causa de las enfermedades. La teoría miasmática predominó durante la primera mitad del siglo XIX y la

connotación del aire contaminado impulsó una serie de medidas para el manejo de los olores y la limpieza de los espacios públicos, en este sentido fue necesario alejar los cementerios y mataderos; por otra parte, el aire limpio denotaba ausencia de enfermedad.

La sanidad fue el siguiente elemento que se tomó en cuenta a partir de dos enfermedades, la viruela y el cólera. En el primer caso es importante señalar que a través de la perspectiva histórica pudimos notar que los facultativos adquirieron liderazgo a través de la defensa que hicieron de los beneficios del suero y la creación de la Dirección de la Vacuna. El Estado, a través del gobierno de la república y los gobiernos locales realizaron esfuerzos por implementar campañas de vacunación y la aplicación se hizo obligatoria; las autoridades consideraron que ésta representaba un beneficio para el crecimiento demográfico, pero el rechazo de la población produjo un discurso sobre la falta de interés y el atraso de la población. También, la vacuna generó conflictos entre Campeche y Mérida por la calidad del suero porque las autoridades campechanas acusaron al gobierno estatal por las condiciones del líquido y éste respondió que el verdadero problema se encontraba en deficiencias técnicas de la aplicación. En resumen, la vacuna contra la viruela consistió en el primer ejercicio de medicina preventiva y durante el siglo XIX, la mortalidad por esta enfermedad disminuyó en comparación con los brotes que se presentaron durante la colonia, pero debido a las circunstancias señaladas, la enfermedad fue erradicada hasta 1952.

En el segundo caso, en 1832, el dictamen de la Junta Superior de Sanidad señaló la responsabilidad del gobierno para las medidas de aislamiento, las dificultades para que estas se cumplieran, la alta probabilidad de que la epidemia afectara la región, así como la necesidad de la creación de comisiones permanentes, la importancia de los médicos, la organización administrativa con respecto al nombramiento de comisiones, juntas de auxilio, la creación de cuarteles y el habilitamiento de hospitales y cementerios. La experiencia de 1833 resultó un aprendizaje para las autoridades campechanas, la implementación de medidas seguía el mismo concepto, pero la información procedente de otros puertos de la república y el extranjero permitieron el establecimiento de un canal de comunicación adecuado entre los puertos de la península con Mérida y en 1850, los efectos de la epidemia solamente se presentaron en Palizada.

En 1853, los cordones sanitarios establecidos por el Ayuntamiento campechano y el cambio de trayectoria de la bacteria permitieron que la enfermedad no tuviera los mismos estragos que la primera vez, aunque permaneció con carácter endémico. El cólera fue la enfermedad que terminó por evidenciar las deficiencias que existían en las políticas de salud pública y se convirtió en una manifestación de las desigualdades sociales; también provocó en el campo médico, la consideración de un enfoque social con respecto a las enfermedades, así como el estudio de factores externos que tuvieran que ver con el aseo, la infraestructura urbana, y la higiene personal.

Después del conocimiento del funcionamiento de las instituciones de salud en el manejo asistencial y el sanitario, el último aspecto que se abordó en este trabajo fue el estudio demográfico; la población del puerto estaba constituida por gente de origen español, mientras que las castas y los indígenas se concentraban en las zonas más alejadas. Por otro lado, el mayor porcentaje era de mujeres entre los 10 y 30 años, mientras que las tendencias demográficas indicaron que el patrón de crecimiento fue lento, principalmente por el cólera de 1833 y la emigración posterior a la guerra de castas que se presentó en 1850. Los ciclos vitales indicaron índices elevados de natalidad y mortalidad, así como valores constantes en la nupcialidad.

Las epidemias de viruela no alcanzaron el impacto que tuvo el cólera, pero se relacionaron con incrementos de la mortalidad en 1826 y 1837, el barrio de Santa Ana registró el mayor aumento, mientras que la plaza de Campeche fue la menos afectada. En 1855, la cuarta parte de los decesos registrados fueron por viruela, principalmente, durante los meses de mayo y agosto. El recinto amurallado presentó la mayor cantidad de fallecidos y el mayor porcentaje correspondió a mujeres dedicadas al servicio doméstico, actividad que las ponía en mayor riesgo de contagio; en los barrios de Santa Ana y San Francisco, los índices de mortalidad fueron elevados en comparación con otros años.

Durante el cólera, la ciudad perdió el 28 % de su población, principalmente hombres adultos. Con respecto a la distribución, el centro de la ciudad fue la zona menos afectada, el barrio de Guadalupe perdió el 50 % de su población, probablemente por el contacto que tenían los habitantes con la zanja donde terminaba uno de los desagües de la ciudad, seguidos por los suburbios de Santa Ana y San Francisco.

Por lo tanto, es verdad que las ideas ilustradas con respecto a la modernización de los espacios urbanos se aplicaron pero no fueron suficientes. En efecto, como señala Malvido: “poco pueden hacer los pobladores sin una adecuada infraestructura sanitaria –agua potable, desagüe, fosas sépticas-, además sin posibilidad de atención hospitalaria que se requiere en caso de enfermedad. Las condiciones de vida en los países denominados del tercer mundo, no son muy diferentes a las del siglo XIX, los problemas de desnutrición y las enfermedades gastrointestinales continúan. La gente morirá por desnutrición y de carencia de servicios médicos, falta de agua potable y disposición de excretas” (Cuenya y Malvido, 1992: 40-41).

Actualmente, en la ciudad de Campeche se registran serios problemas de saneamiento ambiental condicionados por factores económicos y socioculturales, que repercuten directamente en la prevalencia de las enfermedades diarreicas, que constituyen una de las patologías dominantes en la entidad, ocupando los primeros tres lugares en las tasas de morbilidad y mortalidad general por padecimientos infecciosos (Márquez, 1993: 655-661). Estudios como el de Márquez reportaron que el 80 % de los suministros de agua en el puerto presentaron niveles de bacterias superiores al límite permisible para aguas de consumo humano. Lo anterior demuestra la presencia de materia orgánica en esos abastecimientos, y en consecuencia, la existencia de factores que condicionan la exposición del agua a la contaminación por materia orgánica.

Finalmente, la contribución de esta investigación consiste en mostrar cómo algunas problemáticas del pasado continúan, a pesar de los procesos de modernización que se presentaron en la ciudad. La dotación de servicios urbanos y recursos para la atención no son adecuados cuando la planeación es inadecuada; el crecimiento de la ciudad genera la formación de cinturones de miseria en las zonas periféricas y los cerros que rodean al puerto, en este sentido, el impacto de enfermedades transmisibles y gastrointestinales son parte de la vida cotidiana. Por otro lado, los hospitales requieren mayor equipamiento y una mejor cobertura con respecto a la atención primaria de la salud, así como para el tratamiento de enfermedades de segundo o tercer nivel, para que la población no se traslade a otros puntos del país.

Como mencioné al principio de este trabajo, las líneas de investigación que he desarrollado en esta tesis deben servir para la extensión de nuestro campo en el estudio

regional y local. Las monografías sobre la fundación del puerto, la construcción de las murallas, los personajes que incidieron en la vida política, el recuento de tradiciones y las publicaciones de divulgación deben evolucionar a trabajos más serios, con una perspectiva social para el mejoramiento de nuestro entorno. Son necesarias más investigaciones sobre la historia urbana, donde un análisis a conciencia del proceso de modernización de la ciudad de Campeche permita mostrar la problemática que se vive actualmente y en conjunto con otras disciplinas buscar soluciones.

Igualmente, el estudio de los servicios hospitalarios a través de la práctica médica y la evolución de la misma durante la segunda mitad del siglo XIX es una asignatura pendiente, principalmente con respecto a su profesionalización y cómo los médicos incrementaron sus espacios de participación pública. En relación con las epidemias y el impacto demográfico sería interesante la construcción de ciclos vitales más prolongados, la comparación de los datos parroquiales con el registro civil para el planteamiento de hipótesis que estudiaran la evolución del crecimiento poblacional de la ciudad.

La fiebre amarilla es otra enfermedad que debe tomarse en cuenta para futuros trabajos, por su elevada prevalencia en la colonia y hasta principios del siglo XX en la península de Yucatán. Por lo tanto, líneas de investigación como la historia de la salud, la demografía urbana e historia urbana deben convertirse en herramientas para la generación de conocimientos en el quehacer campechano y que rompan la visión general sobre la historia que ha predominado en la república, desde que ésta disciplina ocupó espacios académicos.